

182

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Février 1898, à 1 heure.

PAR

Alexandre RICHARD

Né à Rosporden (Finistère) le 19 décembre 1871

Ancien externe des Hôpitaux

DE L'HYGROMA

A GRAINS RIZIFORMES

DE LA

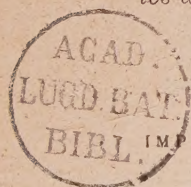
Bourse Sous-Deltoïdienne

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND, professeur.

TUFFIER et WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	FOUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale.....	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques.....	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses.....	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires...	GUYON
Clinique d'accouchement.....	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARPIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Le Docteur Louis Richard

A ma Mère

A mes Parents, à mes Amis

A mes Maîtres

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Tillaux

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, qui marque pour nous le terme de nos études médicales, nous tenons à remercier ceux qui ont été nos maîtres aussi bienveillants qu'éclairés pendant notre séjour dans les hôpitaux.

En médecine nous avons été l'élève de M. Moutard-Martin ; c'est lui qui nous a initié aux principes de l'auscultation et à l'examen clinique du malade médical. Dans la suite nous avons été à la consultation de La Pitié, l'externe de M. Capitan et à Lariboisière, de M. Dreyfus-Brisac ; nous sommes heureux, aujourd'hui, de leur témoigner notre reconnaissance.

M. Comby, aux Enfants-Malades ; M. Demelin à la Maternité de La Pitié nous ont accordé une place d'externe dans leur service ; nous ne saurions trop les remercier de cette faveur.

A Broussais nous avons été l'élève de M. Campenon. C'est à lui que nous devons nos connaissances chirurgicales, il nous a appris combien il était important d'avoir un diagnostic ferme et la voie que

nous devions suivre pour y arriver : examiner méthodiquement et complètement un malade, telle est la ligne de conduite qu'il nous a tracée pour notre pratique future.

C'est lui qui en outre nous a inspiré le sujet de notre thèse ; aussi a-t-il doublement droit à notre profonde gratitude et nous ne pensons nous acquitter que faiblement de notre dette par ces quelques lignes de remerciements.

Monsieur le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.



INTRODUCTION

Depuis le mémoire de M. Duplay (1872) on désigne sous le nom de périarthrite scapulo-humérale l'inflammation aigue ou chronique des tissus qui entourent l'épaule. Quelques années plus tard Gosselin écrivait que cette définition de périarthrite scapulo-humérale « en ne localisant pas l'affection, a le grand avantage de s'appliquer à toutes les variétés que celle-ci peut offrir et parce qu'elle laisse au clinicien le soin de faire cette localisation pour chacun des cas dont il est témoin, tout en lui permettant d'invoquer, ce qui est le point capital, l'existence d'une lésion extra-articulaire, beaucoup moins grave et moins sérieuse que ne le serait la lésion articulaire à laquelle la douleur la fait ressembler. »

Ayant l'intention d'examiner simplement une variété un peu spéciale de la périarthrite scapulo-humérale, nous avons intitulé notre thèse : De l'hygroma à grains riziformes de la bourse séreuse sous-deltaïdienne.

Historique

Plusieurs thèses dans ces dernières années ont été publiées sur les hygromas de la bourse séreuse sous deltoïdienne mais elles traitent toutes des hygromas en général, cas aigus, chroniques ou suppurés. Les auteurs de ces travaux mentionnent simplement qu'on a observé quelques rares cas d'hygromas à grains riziformes de cette bourse séreuse sous-acromio-deltoïdienne.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de cette forme spéciale d'hygromas dans le service de M. Campenon, à La Charité, sur ses conseils nous voulons essayer de faire un travail d'ensemble sur cette question pour notre thèse inaugurale, c'est-à-dire un relevé des observations publiées, la symptomatologie et le traitement.

La première observation que nous ayons pu recueillir se trouve dans l'ouvrage de M. Alphonse Robert intitulé : « Conférences de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (1860).

En 1868, M. Sydney Jones observait un malade

atteint de cette affection, malade dont il rapportait l'histoire dans « The Lancet London 1869. »

Presqu'à la même époque Gosselin recevait dans son service, à La Charité, un jeune homme porteur d'un hygroma à grains riziformes ; il prit ce cas comme sujet d'une de ses leçons cliniques. Cliniques de la Charité, 1869 ; aussi pourrons nous joindre cette observation aux précédentes au cours de cette étude.

Vogt parle d'un cas d'hygroma, à grains riziformes de la bourse séreuse sous-deltôïdienne, observé chez une femme qui portait un corset pourvu de béquillons axillaires pour une scoliose.

Dans une revue allemande (Canstadt's Jahr-1870) on trouve l'examen anatomo-pathologique d'une tumeur à grains riziformes de la dite bourse séreuse mais dans ces deux cas l'observation clinique nous manque.

En 1894 M. Delorme observait, dans son service du Val-de-Grâce, chez un soldat un hygroma tuberculeux sous-deltôïdien, malade qui fut l'objet d'une communication à la Société de chirurgie. En ajoutant à ces différents cas celui que nous a indiqué M. Campenon nous aurons réuni à peu près tous ceux dont il est fait mention dans les ouvrages et publications.

Anatomie et Physiologie

Avant d'exposer la symptomatologie et les observations que nous avons relevées, il nous paraît utile de donner un résumé de l'anatomie et de la physiologie de l'épaule, principalement de cette région qu'on appelle le moignon de l'épaule.

Elle a une forme assez régulièrement arrondie qu'elle doit au deltoïde qui se réfléchit sur la tête de l'humérus. Si l'on examine anatomiquement le moignon de l'épaule, en suivant couche par couche, de dehors en dedans, on arrive successivement sur les organes suivants. D'abord la peau qui recouvre une couche de tissu cellulo-grasieux, interposée entre elle et le deltoïde. Puis l'on arrive à la couche musculaire formée par le deltoïde enveloppé totalement par une aponévrose ; sous ce muscle une couche de tissu cellulaire très lâche et très abondant, puis une bourse séreuse constante. Enfin tout à fait profondément se trouvent les tendons du biceps, la capsule articulaire enveloppant l'articulation scapulo-humérale. Les parties qui sont surtout en cause dans l'af-

fection qui nous occupe sont : le deltoïde, le tissu cellulaire sous-jacent et les bourses séreuses de l'épaule.

De par ses insertions, en haut, au bord externe de l'acromion, au tiers externe du bord antérieur de la clavicule, à l'épine de l'omoplate, en bas à l'humérus, au V deltoïdien, on voit que le deltoïde forme une gaine externe complète à l'articulation scapulo-humérale. Ce muscle est irrigué par la circonflexe postérieure et la branche externe de la circonflexe antérieure.

Il est innervé par le circonflexe, branche du plexus brachial dont il naît par un tronc commun avec le radial. Ce nerf contourne le col chirurgical de l'humérus, arrive au niveau du bord postérieur du deltoïde, s'engage par la face profonde vers la moitié de la hauteur du muscle et là se divise en branches ascendantes et descendantes. Ceci a son importance, car lorsqu'on devra porter le bistouri dans cette région, il faudra se tenir de préférence vers le bord antérieur du deltoïde.

Dans le but de favoriser les glissements du deltoïde sur la tête humérale, lorsque le muscle se contracte pendant les mouvements d'abduction et d'élévation, une couche de tissu cellulaire très lâche et très mobile se trouve interposée entre les deux organes.

Sous le deltoïde sont logées plusieurs bourses

séreuses dont la plus constante est la bourse sous-delhoïdienne comprise entre la face profonde du deltoïde, la voûte acromio-thoracique qui forment la limite supérieure et la capsule articulaire et les tubérosités humérales sur lesquelles elle repose. Elle a des dimensions variables, pouvant même, d'après M. Tillaux, contenir jusqu'à 30 grammes de liquide à l'état normal.

Une autre également très fréquente et assez constante est comprise entre la face postérieure du coraco-brachial et biceps réunis, puis la face antérieure du sous-scapulaire et la petite tubérosité de l'humérus. Elle s'étend assez loin sous l'apophyse coracoïde et très fréquemment communique avec la sous-delhoïdienne.

Une troisième moins fréquente est due aux frottements du tendon du sous-scapulaire contre la face inférieure de l'apophyse coracoïde.

Le principal des mouvements qui se passent dans l'articulation scapulo-humérale est l'abduction ou élévation qui est due surtout à l'action du deltoïde.

On peut, à l'état normal, sans que l'omoplate participe au mouvement, amener le bras à l'horizontale. Pour arriver à l'élever verticalement, il faut qu'il se produise un mouvement de bascule de l'omoplate, la tête humérale venant heurter la voûte ostéofibreuse acromio-coracoïdienne.

Les autres mouvements physiologiques sont

l'adduction, la flexion, l'extension, la circumduction et la rotation.

Pour l'exécution complète de tous ces mouvements, l'intégrité de la bourse séreuse sous-delloïdienne est indispensable. Dans la thèse de M. Gauthier nous trouvons une étude complète de ces phénomènes et il a montré « qu'au delà de 45° l'abduction se passe dans l'articulation scapulo-humérale et dans la voûte acromio-coracoïdienne ; qu'on voit à partir de ce point la bourse séreuse se plisser sur la face externe de la grosse tubérosité de l'humérus, plis d'autant plus accusés que l'angle formé par le bras et le tronc augmente. » Il ajoute encore : « Si l'on fixe au moyen d'une forte épingle les parois de la séreuse contre le trochiter, on constate que le mouvement d'abduction n'est plus possible sans que l'omoplate soit entraînée à partir de 45°. »

M. Duplay a démontré la nécessité de l'intégrité de cette bourse séreuse à la suite d'une opération qu'il pratiqua sur un malade auquel il réséqua l'acromion pour nécrose.

La guérison fut complète mais la bourse sous-delloïdienne ayant été enlevée le malade ne pouvait plus élever le bras au-delà de 60° sans que l'omoplate bascule.

OBSERVATIONS

Observation 1

Observation de M. Alph. Robert. — Kyste séreux à grains riziformes développé dans la bourse sous-deltoidienne. — (Cliniques chirurgicales, Hôtel-Dieu 1860).

Salle Saint-Jean, lit n° 3, L..., L..., âgé de 25 ans, garçon, marchand de vins, entre le 17 juillet 1858. C'est un homme de haute taille et d'une apparence assez vigoureuse, bien qu'il ait le teint pâle, mais cela s'explique facilement et par les antécédents et par la profession du malade. Il a eu plusieurs attaques de fièvre intermittente et présente maintenant encore un certain degré de congestion chronique du foie ; enfin cet homme vit constamment dans les caves et l'humidité, ainsi que l'absence de lumière solaire, peuvent avoir également une certaine part dans cette décoloration des téguments.

Le malade raconte que depuis un an environ, il éprouvait dans le moignon de l'épaule droite des douleurs qu'exaspéraient les mouvements un peu énergiques du bras ; ces mouvements y provoquaient aussi une espèce de frémisse-

ment ou de bruissement ; bientôt il survint un peu de gonflement et le malade ne pouvant plus se livrer à ses travaux entre à l'hôpital.

Quand on examine attentivement les parties, il est facile de reconnaître qu'à la face antérieure du moignon de l'épaule droite il existe un gonflement que l'on ne trouve pas à l'épaule gauche. La saillie du moignon de l'épaule droite est plus considérable dans sa totalité que celle de l'épaule gauche ; en outre le sillon pectoro-deltoïdien est non seulement effacé mais remplacé par une tumeur lisse, molle, indolente, sans changement de couleur de la peau ; en un mot le deltoïde est repoussé en dehors et soulevé par une tumeur interposée entre ce muscle et la tête de l'humérus.

Cette tumeur est en plus fluctuante ainsi qu'on peut s'en assurer en la saisissant par les deux extrémités d'un de ses grands diamètres ce qui la rend plus saillante sur un point de sa surface et le doigt pressant brusquement sur ce point y sent manifestement le choc en retour. La tumeur est hémisphérique, nettement circonscrite ; quand on la refoule avec le doigt on sent que le muscle deltoïde est soulevé et distant de la tête de l'humérus de 2 à 3 centimètres environ. On perçoit en cherchant la fluctuation une sensation particulière de crépitation, qui se sent encore mieux lorsqu'on a la main appuyée sur l'épaule pendant que le malade bouge le bras.

M. Robert, se basant sur l'anatomie de la région et la clinique arrive aux conclusions suivantes : ce malade porte dans la bourse séreuse sous-deltoïdienne un kyste analogue aux kystes synoviaux du poignet, c'est-à-dire contenant un

liquide clair, filant comme de la synovie et des corps albumineux, blanchâtres, d'un volume variable, que l'on appelle grains riziformes.

Pour connaître la nature de la tumeur une ponction est jugée nécessaire. On introduit un trocart moyen dans la poche kystique ; on fait exécuter à la canule des mouvements dans différents sens pour s'assurer qu'on a affaire à une cavité unique, non cloisonnée ; il sort par la canule environ 20 grammes d'un liquide clair, filant, analogue à de la synovie altérée et un petit flocon blanchâtre, allongé, mollasse, semblable à un grain de riz cuit et crevé.

Le diagnostic était alors complet : la bourse muqueuse sous-delhoïde s'est considérablement dilatée, sa cavité a donné naissance à une certaine quantité de liquide et à des concrétions albumineuses blanchâtres, analogues aux grains riziformes des kystes synoviaux du poignet mais d'une organisation moins avancée que ceux-ci.

Traitement. — Douches froides ou sulfureuses, vésicatoires volants, frictions, teinture d'iode sont impuissants à guérir ces kystes.

Il faut en vider le contenu et y injecter un corps capable de provoquer une inflammation adhésive.

Dans ce cas : Ponction faite avec un gros trocart donne issue à environ 1500 grammes d'un liquide clair, filant, coulant d'une manière intermittente, la canule étant de temps en temps obstruée par des corps riziformes, allongés, mollasses semblables à des grains de riz cuits, qu'il fallait extraire avec un stylet. Une vingtaine de ces corps ont été extraits. Cette ponction est suivie d'injection iodée et la plaie du trocart pansée au collodion.

Richard

Pendant les deux premiers jours : sensation de chaleur dans le moignon de l'épaule. Le kyste reprend à peu près ses dimensions primitives ; la peau est un peu rouge et chaude ; l'inflammation s'y établit mais on la modère par des cataplasmes émollients.

La tuméfaction diminue et la chaleur disparaît ; le kyste revient graduellement sur lui-même et le malade marche vers la guérison. Le quatorzième jour après la ponction il quitte l'hôpital. On ne sent plus qu'une légère induration qui est due à l'accroissement des parois de la tumeur, épaissies encore par l'inflammation provoquée par l'iode.

Observation 2

Observation de M. Gosselin

*Hygroma sous-deltôïdien à grains riziformes. —
(Cliniques de la Charité 1869)*

Salle Sainte-Vierge, lit n° 17, jeune homme de 17 ans ayant toujours eu une bonne santé. Il y a une dizaine de jours il s'aperçut d'un gonflement insolite dans la région de l'épaule gauche ; cette tumeur le gênant considérablement il entre à l'hôpital.

Déformation évidente du moignon de l'épaule : creux sous-claviculaire moins prononcé qu'à l'ordinaire, à la partie externe et antérieure, au niveau de l'extrémité externe de la clavicule, on voit une tumeur arrondie, grosse comme la moitié d'une orange, un peu molle, très sensiblement fluc-

tuante dans tous les sens, mais sans changement de coloration de la peau, sans-douleur spontanée. Si l'on presse cette tumeur, on la voit s'affaisser un peu, comme si elle n'était pas aussi distendue qu'elle pourrait l'être, mais cet affaissement n'est pas considérable pour que l'on doive croire le liquide refoulé dans une région très profonde.

En exerçant une pression un peu forte, on sent quelquefois rouler sous les doigts de petits corps arrondis qui donnent une sensation de crépitation peu nette et permettent de croire à la présence de grains hordéiformes, néanmoins cette sensation n'est pas toujours très distincte.

Lorsque le malade élève le bras, si l'on applique en même temps la main sur l'épaule on sent la tumeur durcir et devenir très dense pendant toute la durée de la contraction. On voit en même temps se dessiner sous la peau les fibres du deltoïde avec les sillons qui les séparent, ce qui montre que la tumeur est sous-jacente au muscle.

Ce jeune homme est cultivateur, régulièrement une fois par semaine il va porter à la ville des paniers assez lourds qu'il pose sur son épaule gauche et qu'il soutient avec sa main droite passée au-dessus de la tête. Bien qu'il ait joui jusqu'ici d'une excellente santé, il porte l'empreinte d'un tempéramment lymphatique. Il ne sait pas au juste à quelle époque se rapporte l'apparition de la tumeur ; il ne s'en est aperçu qu'il y a une dizaine de jours. Voulant soulever un fardeau il sentit que son bras gauche ne pouvait s'élever ni se porter en dehors aussi facilement que le droit, mais du reste il n'éprouvait en ce moment aucune douleur et la tumeur avait déjà le même volume qu'aujourd'hui. Il est donc probable qu'elle est ancienne, qu'il s'en est aperçu par

hasard, lorsque le développement, est devenu considérable.

.

.

Reste l'épanchement de synovie : il y a en effet, beaucoup de probabilités pour une collection séro-synoviale, peut être un peu sanguinolente. Dans cette région se trouve la bourse séreuse sous-delloïdienne laquelle favorise les glissements de la capsule humérale sur le deltoïde et la voûte acromio-coracoïdienne. Il est donc probable qu'il s'agit ici d'un kyste ayant pour paroi la bourse synoviale en question ; kyste du genre de ceux qui se développent dans les bourses séreuses et qu'on appelle du nom d'hygroma : donc : hygroma profond sous-delloïdien. Cependant la ponction exploratrice est nécessaire pour affirmer le diagnostic.

Thérapeutique. — Est-ce un hygroma aigu qui pourrait se terminer par la résorption du liquide épanché sans intervention chirurgicale ? On pourrait hésiter en se tenant au dire du malade si on admettait que la tumeur s'est développée en douze jours. Si elle avait acquis le volume aussi rapidement, l'épanchement eut été accompagné d'un peu de douleur que le malade n'accuse pas. Il est plus probable que le cas est chronique et ne disparaîtra pas par les moyens ordinaires : vésicatoires, compression, etc...

Traitement chirurgical. — Procédé de Velpeau : ce traitement consiste à injecter dans la poche kystique une solution de teinture d'iode par moitié pour provoquer l'inflammation adhésive ou plastique. Ce procédé réussit dans les cas d'hygromas sous-cutanés mais n'ayant pas dans ma pratique de fait analogue j'ignore le résultat possible de l'injection.

Opération. — Ponction avec un petit trocart, au-dessous de l'acromion ; le liquide sort difficilement, la canule était obstruée par des grains hordéiformes qu'on fut obligé de refouler avec un stylet et le liquide coula goutte à goutte. Il sortit 40 grammes de liquide roussâtre, contenant quelques grains riziformes. La sérosité évacuée on sentit très bien la crépitation.

Injections de teinture d'iode par moitié ; on laisse l'injection pendant 5 minutes dans la poche. Le malade n'éprouve aucune douleur, seulement quelques picotements. Compression et immobilité. Le malade va bien, au bout de cinq à six jours la tumeur avait diminuée. La compression est continuée avec applications de chlorhydrate d'ammoniaque dans l'espoir d'en hâter la disparition.

Le 7 juillet 1869 il sort de l'hôpital : la fluctuation avait totalement disparu ; la tumeur avait beaucoup diminué, mais on percevait encore de la crépitation.

A la fin de juillet le malade ne présentant plus de tumeur, les mouvements étaient libres : il nous a paru guéri.

Observation 3

(Observation de M. de Sydney Jones. The Lancet London 1869)

Tumeur de la bourse sous-deltôïdienne.

Le cas suivant est un autre exemple de tumeur réclamant l'opération mais l'intérêt repose en grande partie sur le diagnostic.

Jane T..., 29 ans, fut admise dans le service de M.

Sydney Jones le 15 mai 1868. Elle présentait un gonflement de l'épaule droite, observé pour la première fois il y a 18 mois environ. Lorsque le deltoïde était relâché, il était évident que la tumeur était située sous le muscle ; elle avait environ la taille d'une orange, en apparence bien circonscrite ; sa surface était quelque peu lobulée, il était difficile ou même impossible de percevoir la fluctuation avec évidence ; il n'y avait pas d'épanchement dans l'articulation de l'épauche. Les mouvements de cette dernière ne produisaient pas de souffrance et la tumeur n'était pas sensible à la pression. La patiente se plaignait de faiblesse dans l'épaule et de grandes souffrances le long du bras, spécialement après s'être beaucoup servi du membre. M. Sydney Jones remarqua que l'impression donnée par la palpation était celle d'une tumeur grasse mais pensa que ce pouvait être une bourse, ou se basant sur quelques symptômes du début de l'affection un abcès chronique.

Le 27 mai, il ponctionna avec un trocart et une canule ; des ventouses et de la teinture d'iode avaient été appliquées avant l'admission dans le service. Il sortit alors un liquide visqueux et gélatineux qui à la fin devint trop épais pour passer dans la canule. Une plus large canule fut alors introduite qui laissa écouler une matière visqueuse plus opaque, mêlée de nombreux corps ayant la forme de graines de melon. Il en fut évacué autant qu'on en pût faire passer à travers la canule. Un tampon de charpie fut appliqué sur la piqûre, comme mesure de précaution, dans le cas où il y aurait eu quelque communication avec l'articulation de l'épaule ; on appliqua en outre un sac de glace.

Le 3 juin, la piqûre était tout-à-fait cicatrisée, il n'y

avait pas eu d'irritation de la jointure de l'épaule, mais le gonflement avait son volume primitif. M. Sydney Jones fit au niveau de la piqure une incision assez large pour admettre le doigt et enleva un grand nombre de corps semblables, comme forme, à ceux évacués premièrement. Un tampon de charpie huilée fut introduit dans la plaie et le bras placé dans une écharpe.

10 juin. — Le malade a ressenti une très vive douleur, diffuse autour de l'épaule. Il s'écoule maintenant librement du pus de bon aspect. La cavité est seringuée matin et soir avec une solution de chlorate de soude, après lavage à l'eau chaude.

17 juin. — L'écoulement de pus a beaucoup diminué. Lavage à l'eau chaude.

6 juillet. — Le malade est tout-à-fait guéri et se porte très bien depuis cette date.

Observation 4

Observation de M. Delorme. — Bulletins et mémoires de société de chirurgie. — 30 mai 1894.

Hygroma tuberculeux de la bourse séreuse sous-deltôïdienne.

Un vigoureux cuirassier, ni syphilitique, ni rhumatisant, s'aperçut par hasard, 15 jours avant son entrée dans le service de M. Delorme, au Val-de-Grâce, d'un léger gon-

flement de la région deltoïdienne droite, s'accompagnant d'une gêne peu douloureuse des mouvements d'abduction. Brusquement, en deux jours, la région deltoïdienne augmenta du volume d'un poing et demi. Le gonflement régulier était surtout marqué en avant et en bas ; on percevait nettement sous le deltoïde une sensation de flot, sans bruissement ou frottement. Les mouvements passifs d'élévation de l'épaule étaient peu douloureux, surtout limités, et les mouvements actifs étaient plus bornés que les mouvements passifs. Douleur presque nulle à la pression directe de la région ; pas de douleurs ressenties dans l'article par une pression sur l'extrémité inférieure de l'humérus. Pas de réaction générale ou locale.

M. Delorme pensa à un hygroma sous-deltoïdien, mais, comme il ne pouvait absolument éloigner l'idée de tuberculose articulaire avec abcès froid sous-deltoïdien, malgré l'absence d'antécédents tuberculeux héréditaires ou acquis, il avait toutes raisons d'ouvrir la poche par l'incision antérieure. Celle-ci était remplie de près d'un verre de liquide de la couleur de l'urine limpide, quelque peu consistant, presque gélatineux. La paroi interne de la poche, tomenteuse, vasculaire, était recouverte de dépôts fibrineux, analogues à ceux qu'on rencontre dans les pleurésies. Des flocons libres nageaient dans le liquide.

Après un raclage prolongé avec une grosse curette tranchante dont la manœuvre, en arrière, était facilitée par l'abduction forcée du bras ; après une cautérisation à la solution de chlorure de zinc au dixième, la plaie fut réunie par première intention. Injection de chlorure de zinc le quinzième jour par le drain. Guérison en un mois.

L'examen histologique de la paroi de la poche fut pratiqué par M. Laveran, du Val-de-Grâce. Cette paroi tomenteuse était constituée par du tissu fibreux ou embryonnaire, avec de nombreuses granulations tuberculeuses, jeunes ou plus avancées dans leur évolution (masse caséuse au centre). Les granulations jeunes, avec leurs cellules géantes centrales, étaient caractéristiques. Le tissu musculaire, qui limitait la poche en dehors, était profondément dégénéré, on ne distinguait plus çà et là que quelques fragments de fibres striées.

Observation 5

(Inédite)

Observation recueillie dans le service de M. le Dr Campenon à la Charité, par M. Piatot, interne

Pierre A..., 33 ans, domestique, entre le 16 novembre 1897, salle Boyer, lit n° 12.

Vient à l'hôpital pour une tumeur du volume d'une mandarine située dans la région deltoïdienne gauche.

Cette tumeur a débuté il y a 18 mois, sans cause connue, a augmenté peu à peu : sans douleur et sans troubles fonctionnels.

Située à la région deltoïdienne gauche, elle est nettement circonscrite, sans lobulation. La peau n'a pas de modification dans sa coloration, n'est pas adhérente sur la

tumeur, ne présente aucune trace d'œdème ; à peine quelques veinules un peu plus dilatées que du côté opposé.

A l'état de repos des muscles de l'épaule cette tumeur est franchement fluctuante et l'on a l'impression de grains riziformes qu'on se renvoie d'un doigt à l'autre. Cette sensation de crépitation est plus nette encore lorsqu'on imprime à l'épaule des mouvements de circumduction.

Pendant qu'on exécute ces mouvements, si l'on appuie alternativement au niveau de l'articulation scapulo-humérale, dans l'aisselle et au niveau de la région deltoïdienne, on constate que la crépitation ne se perçoit qu'en ce dernier point.

Ce signe permet déjà d'affirmer que l'articulation n'est pas ici en cause ; on peut en outre constater qu'il y a indépendance entre elle et la tumeur. En effet si l'on exerce sur celle-ci une pression lente, progressive et continue on voit qu'elle ne se réduit pas, preuve qu'il n'y a pas communication articulaire. Si d'un autre côté on examine la région au point de vue des mouvements tant actifs que passifs, on voit d'abord que le malade se sert assez librement de son bras gauche, peut le mouvoir dans tous les sens. Quant aux mouvements passifs on arrive également à les obtenir tous sans difficulté.

Vient-on à faire contracter le deltoïde la tumeur prend une consistance dure et l'on ne perçoit plus de fluctuation ni de crépitation.

Le deltoïde paraît atrophié, comparé à celui du côté opposé, mais les autres muscles du bras paraissent aussi développés que du côté sain.

Si par la palpation on essaie de rechercher des points

osseux douloureux on trouve un point fixe, très limité, très sensible à la pression, siégeant au niveau de la grosse tubérosité de l'humérus. A la vue le creux axillaire ne présente rien de particulier. Par la palpation on ne constate non plus rien d'anormal, ni gonflement profond ni ganglions ; par la pression on ne réveille aucune douleur.

On ne remarque rien à la partie inférieure du bras, à l'avant-bras ou à la main. Le malade n'accuse dans ces diverses parties ni phénomènes douloureux ni sensations de fourmillements.

Si l'on pousse plus loin l'examen, on constate que le malade présente une ankylose du genou, en bonne position, consécutive à une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du genou gauche. On voit d'ailleurs des traces de fistules complètement cicatrisées. Cette affection tuberculeuse remonte à l'âge de 15 ans. Le malade n'a pas de manifestations tuberculeuse, ni pulmonaire, ni viscérale, ni ganglionnaire.

On pose le diagnostic d'hygroma à grains riziformes de la bourse séreuse sous-deltoidienne avec réserve pour un point possible d'ostéite de nature tuberculeuse de la grosse tubérosité humérale.

On décide l'opération qui est pratiquée le 20 novembre 1897. Monsieur Campenon pratique une incision de 10 cent. environ, partant du sommet de l'acromion et passant par le grand diamètre de la tumeur, parallèlement aux fibres du deltoïde. Le membre étant dans une légère abduction, on écarte les fibres musculaires deltoïdiennes et on arrive sur la tumeur.

On dissèque la poche fluctuante, sans l'ouvrir ; elle se continue avec la bourse séreuse sous-acromiale ; elle envoie

également un prolongement du côté interne, dans la direction du tendon de la longue portion du biceps. Ne pouvant disséquer ce prolongement jusqu'au bout, on ouvre la poche d'où il s'écoule une certaine quantité, 80 à 100 grammes, de liquide séro-purulent, grumeleux, mélangé à des fongosités ramollies, et dans lequel on trouve en outre de nombreux grains riziformes. On excise soigneusement toute la poche accessible en la disséquant du périoste sous-jacent.

Dans le prolongement qu'on ne peut disséquer, on a recours à la curette de Wolkmann.

On examine alors attentivement l'humérus, spécialement au niveau de la grosse tubérosité, siège du point douloureux à la pression extérieure, sans y trouver aucune trace d'ostéite ; nulle part l'os n'est à nu.

La plaie est lavée à l'eau phéniquée forte. On suture aux crins de Florence ; un pansement à la gaze iodoformée et ouatée est appliqué. Le bras est mis dans une écharpe. On obtient la réunion par première intention et le malade sort guéri le 29 novembre 1897.

La poche enlevée, vidée de son contenu, largement incisée et étalée montre la membrane tuberculogène tapissant les parois anfractueuses du kyste synovial. Cette face interne de la paroi est couverte de fausses membranes, elle est inégale, villeuse et mamelonnée.



Symptomatologie

L'hygroma à grains riziformes de la bourse séreuse sous-deltoïdienne débute en général, lentement et insidieusement, sous forme d'une douleur légère accompagnée de gêne dans les mouvements d'abduction et d'élévation du bras où intervient la contraction du deltoïde. Cette douleur passagère d'abord devient continue et peu à peu acquiert un caractère d'acuité plus vive, surtout après un travail prolongé.

A ce signe succède le gonflement du moignon de l'épaule. Les malades ne s'en aperçoivent que par hasard ; très souvent à la suite d'un effort ou lorsque voulant soulever un fardeau ils constatent soit de l'impotence du membre soit une douleur vive. Si on examine à ce moment cette région on y constate une déformation évidente, accusée principalement à la région antéro-externe. Le pli pectoro-deltoïdien est effacé, le deltoïde est soulevé, en un mot l'ensemble de l'épaule atteint de cette affection a un volume plus considérable dans sa totalité que celle du côté opposé. Ce gonflement suit en général une marche progressive et n'acquiert pas, comme dans le cas de M. Delorme, un volume considérable en quelques jours ; ordinairement la tumeur met 10 à 12 mois

environ pour arriver à la grosseur d'une mandarine ou d'une forte orange.

La peau ne présente aucune modification dans son aspect extérieur ; elle a sa coloration normale, elle ne paraît pas amincie ou épaissie ; parfois quelques veinules un peu plus dilatées que du côté opposé se dessinent au niveau du gonflement.

Par le palper on constate que la peau est mobile sur la tumeur ; celle-ci est le plus souvent lisse, dans le cas de M. Sydney Jones cependant elle était lobulée, bien circonscrite, du volume d'une mandarine en moyenne.

A l'état de repos des muscles de l'épaule on y perçoit une fluctuation nette ; de plus on est frappé très souvent par une sensation particulière de crépitation qui est surtout évidente lorsqu'on imprime à l'épaule des mouvements de circumduction, cette crépitation donne l'impression de celle produite par des grains riziformes, elle n'existe pas au niveau de l'articulation mais simplement dans la région de la bourse séreuse sous-deltôïdienne ainsi qu'une main appliquée sur l'épaule, dans l'aisselle, ou sur la partie moyenne du deltoïde, peut le constater pendant les mouvements imprimés au bras et à l'épaule.

Si l'on vient à faire contracter le deltoïde on le voit se dessiner au-dessus de la tumeur, ce qui prouve qu'elle lui est sous-jacente. Dans ces conditions elle n'est plus fluctuante mais est au contraire dure, ten-

due et l'on ne peut plus percevoir, soit fluctuation, soit crépitation.

La tumeur n'est pas réductible et ne communique pas avec l'articulation scapulo-humérale car malgré une pression lente, continue et progressive elle ne diminue pas de volume d'une façon appréciable.

La palpation permet encore de reconnaître dans certains cas l'existence de points osseux, douloureux à la pression, qui peuvent faire croire à l'existence d'un point d'ostéite sous-jacent à la tumeur elle-même.

D'abord tous les mouvements du bras sont simplement gênés et un peu plus pénibles que du côté sain, mais dans certains cas subitement à la suite d'un effort, d'un travail prolongé, le plus souvent progressivement, ils deviennent soit à peu près, soit totalement impossibles ; de plus ils sont douloureux, surtout le mouvement d'abduction un peu forcée.

Les mouvements passifs s'obtiennent dans la majorité des cas presque tous également, mais sont un peu plus limités, en grande partie du fait de la douleur qu'accuse le malade lorsqu'on dépasse une certaine limite.

Lorsqu'on recherche ces mouvements tant actifs que passifs, il faut avoir soin d'examiner le malade nu jusqu'à la ceinture et vu de dos car dans certains cas si le bras est écarté du tronc à une certaine distance, par exemple formant avec la paroi thoracique un angle

de 60°, ce n'est plus par l'action du deltoïde seul que le bras s'élève jusqu'à l'horizontale ; le mouvement au lieu de se produire dans l'articulation scapulo-humérale jusqu'à 90° est remplacé par un mouvement de bascule de l'omoplate qui peut induire en erreur en faisant croire que le malade peut amener, avec peine il est vrai, d'une façon normale, le bras dans cette position horizontale.

L'abduction et l'élévation sont les mouvements les plus compromis.

Parfois on constate une légère atrophie du deltoïde ainsi que cela existait chez le malade de l'observation de M. Campenon. Dans les régions voisines on ne constate rien d'anormal, le bras à sa partie inférieure, l'avant-bras, la main ne présentent rien de particulier à noter.

En examinant le reste du corps on peut trouver d'anciennes cicatrices qui peuvent avoir une certaine utilité au point de vue de la nature ; les antécédents héréditaires ou acquis n'ont souvent aucune importance, car rarement ces malades présentent des symptômes pouvant aider le diagnostic.

En résumé : Déformation lente et progressive du moignon de l'épaule par une tumeur occupant la partie antéro-externe de la région, avec effacement du pli pectoro-deltoïdien ; tumeur lisse, circonscrite, molle, fluctuante, présentant la crépitation hordéiforme, sans changement de couleur de la peau ;

douleur spontanée rare, très fréquente lorsqu'elle est provoquée; mouvements actifs et passifs possibles, mais limités; indépendance de la tumeur et de l'articulation scapulo-humérale, tels sont les principaux symptômes qui servent de base au diagnostic.



Anatomie pathologique

Le volume de la bourse séreuse sous-delhoïdienne est toujours beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. M. Tillaux dit que parfois elle peut contenir physiologiquement jusqu'à 30 grammes de liquide, or dans les cas pathologiques observés, elle en contenait soit 80 à 100 grammes, soit un verre, soit même jusqu'à 1500 grammes dans un cas.

Ordinairement la cavité est unique, non cloisonnée, mais cependant elle peut présenter des prolongements dans divers sens, par exemple si la bourse sous-delhoïdienne communique avec la sous-acromiale.

Le contenu de la cavité kystique est la plupart du temps un liquide clair, citrin, filant, plus ou moins visqueux, même gélatineux ; parfois, il est vrai, il est trouble, roussâtre, séro-purulent, mélangé de fongosités ramollies ou contenant des grumeaux blancs jaunâtres. On y trouve en outre un certain nombre de corps hordéiformes plus ou moins gros, plus ou moins durs, de nombre variable. Leur forme

n'est pas constante, ils sont arrondis, allongés, réniformes, aplatis, etc... ; comme coloration ils sont d'un blanc grisâtre, laiteux. Enfin dans le liquide nagent encore des flocons libres ressemblant aux flocons fibrineux qu'on observe dans celui des pleurésies.

Les parois du kyste sont fortement épaissies, dures, leur face interne est anfractueuse, villose, mamelonnée, tapissée de fausses membranes ; dans certains cas, elles portent par places de petites excroissances plus ou moins pédiculées. On constate en outre que de ce côté interne de la paroi est le siège d'une vascularisation très intense.

L'examen histologique de la paroi de l'hygroma sous-deltoidien tuberculeux a été faite par M. Laveran, pour le cas de M. Delorme.

Il a vu qu'elle était constituée par du tissu fibreux ou embryonnaire avec de nombreuses granulations tuberculeuses jeunes ou plus avancées dans leur évolution, c'est-à-dire présentant au centre une masse caséuse. Les granulations jeunes étaient tout-à-fait caractéristiques car on y remarquait les cellules géantes centrales typiques. Or, si nous rapprochons cet examen des autres observations où les lésions macroscopiques et les produits retirés des hygromas par ponction étaient identiques à ceux étudiés microscopiquement, il nous est permis de pen-

ser que tous les hygromas sous-delloïdiens à grains riziformes sont tuberculeux.

Cette hypothèse est encore plus soutenable depuis la publication de l'important mémoire de MM. Nicaise, Poulet et Vaillard qui a servi de base à la théorie nouvelle de la synovite et des hygromas à grains riziformes. Au sujet d'un hygroma à grains riziformes de la cuisse, ils étudièrent les parois du kyste qu'ils trouvèrent infiltrées de nombreux nodules tuberculeux dans lesquels ils rencontrèrent le bacille de Koch et obtinrent des résultats positifs par inoculation.

Depuis cette époque les travaux des différents auteurs MM. Wallich, Terrillon, Jalaguier, Terrier, Lucas-Championnière, Lejars, etc... n'ont fait que confirmer, tant par des inoculations positives que par des examens histologiques la nature tuberculeuse de ces hygromas à grains riziformes.

MM. Nicaise, Poulet et Vaillard avaient examiné les grains hordéiformes et étaient arrivés à cette conclusion que si l'on n'arrivait pas à y déceler le bacille de Koch on pouvait par inoculation prouver leur essence bacillaire.

Dans aucune de nos observations ces expériences n'ont été faites, mais nous basant sur leur analogie de forme, de consistance, de volume variable, de couleur, de nombre inconstant nous croyons pouvoir

dire qu'ils sont également dans l'hygroma sous-deltôidien de nature tuberculeuse.

De plus les fongosités qu'on y rencontre parfois ont une telle ressemblance avec celles des synovites fongueuses que nous pensons pouvoir joindre cet argument aux précédents pour affirmer l'origine bacillaire de ces hygromas.

Quelquefois, mais rarement, ils évoluent chez des sujets porteurs d'anciennes traces de bacillose, dans ce cas on a moins de doute à avoir au sujet de leur nature.



Etiologie

C'est une affection de l'âge adulte qui s'observe surtout chez l'homme, particulièrement chez ceux qui se livrent à des mouvements fréquents et forcés d'élévation du bras ou nécessitant des efforts continus du membre, chez ceux qui portent habituellement des fardeaux sur l'épaule, bref chez toutes les personnes dont la bourse séreuse sous-deltôïdienne entre fréquemment en action.

En général on ne relève pas de fort traumatisme comme cause occasionnelle, ou du moins s'il y a choc ou contusion du moignon de l'épaule, l'effet n'a pas été immédiat, et l'on est obligé de remonter fort loin dans le passé pour retrouver l'origine de la tumeur qui ne se serait développée que très lentement dans ce point traumatisé, qui de ce fait serait devenu un lieu de moindre résistance. Dans le cas de Vogt, dont nous n'avons pas l'observation clinique l'hygroma se serait développé chez une femme qui portait un corset avec béquillons axillaires pour une scoliose. Là il est probable que les frottements des béquillons

ont été la cause de l'irritation de la bourse séreuse et du développement de l'hygroma.

On peut dans certains cas invoquer la diathèse tuberculeuse, si le sujet porte déjà d'anciennes traces caractéristiques de lésions bacillaires guéries, car alors on s'explique facilement que la bourse séreuse, soumise continuellement à des causes d'irritation, devienne un terrain favorable au développement d'une lésion tuberculeuse locale chez un sujet qui a dans le passé présenté des accidents de cette nature. Cependant très souvent les sujets atteints d'hygroma bacillaire sous-deltoïdien ont une santé, en apparence du moins, très florissante ; de plus l'examen complet du malade ne révèle de bacillose ni pulmonaire, ni viscérale, ni ganglionnaire.

L'étiologie précise est difficile à établir ; ce qui paraît le plus probable c'est que cette tuberculose reconnaît les mêmes causes que la synovite hordéiforme c'est-à-dire irritation continuelle de la bourse séreuse sous-deltoïdienne chez des personnes se livrant à des travaux pénibles où l'épaule entre très fréquemment en jeu, soumettant par là même la bourse sous-deltoïdienne à un exercice exagéré.



Diagnostic

D'abord on peut écarter toutes les tumeurs solides qui sont susceptibles d'être rencontrées dans cette région, car rien que le symptôme; fluctuation, existant dès le début prouve qu'on a bien affaire à une collection liquide. Cependant comme quelquefois la fluctuation est difficile à percevoir il ne faudrait pas oublier la présence possible d'un lipome musculaire ou un ostéo-sarcome de l'humérus au début.

Cette tumeur contient-elle du pus, du sang, de la sérosité soit normale, soit altérée ?

On peut de suite éliminer l'idée d'abcès chaud car la marche de l'hygroma bacillaire n'est pas celle d'une lésion inflammatoire aiguë.

Le diagnostic avec l'abcès froid est plus difficile; cependant l'abcès froid est en général moins circonscrit que l'hygroma; de plus pendant toute la durée de l'évolution, même pendant la période prodromique, on constate un point osseux douloureux qui existe encore lorsque l'abcès froid produit les troubles pour lesquels le malade consulte le méde-

cin. Ces points douloureux siègent de préférence pour l'abcès froid au niveau de l'angle externe de l'omoplate ou au niveau de la tubérosité de l'humérus ; dans l'hygroma les points douloureux, lorsqu'ils existent, se trouvent du moins le plus fréquent, au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde.

L'épanchement sanguin peut encore être confondu avec l'hygroma sous-deltoïdien mais en général le premier est consécutif à un violent traumatisme de l'épaule et acquiert très rapidement, en quelques heures son volume définitif. De plus il est accompagné de tous les signes de la contusion. Il n'y aurait qu'un épanchement spontané et lent provenant chez un hémophilique ou un scorbutique qui pourrait réellement induire en erreur.

Est-ce un hygroma contenant de la sérosité pure ou de la sérosité sanguinolente ou purulente ? Une ponction exploratrice est indispensable pour poser un diagnostic ferme.

La perception de la crépitation met encore dans ces divers cas sur la voie du diagnostic mais si l'on avait affaire à un kyste hydatique il faudrait avoir encore recours à la ponction pour se prononcer.

Une autre affection peut-être également confondue avec l'hygroma sous-deltoïdien : c'est l'arthrite scapulo-humérale mais dans l'hygroma le gonflement n'occupe pas tout le moignon de l'épaule, il est limité à la partie antéro-interne de l'articulation. Les

mouvements sont en outre plus compromis dans l'arthrite et tous en général sont limités ou douloureux; tandis que dans l'hygroma, le plus habituellement, seuls les mouvements nécessitant la contraction du deltoïde sont limités et douloureux. Dans l'arthrite les mouvements actifs sont impossibles à cause de la douleur; pour l'hygroma le malade peut mouvoir le bras dans tous les sens, moins aisément il est vrai, l'élévation cependant ne dépasse pas une certaine limite.

Enfin l'hygroma aigu à une évolution bien plus rapide, est presque toujours consécutif à un traumatisme, à un mouvement forcé, à une cause quelconque ayant pu réveiller chez le sujet la diathèse rhumatismale; l'impotence fonctionnelle et la douleur sont plus accusées que dans l'hygroma à grains rizi-formes; de plus il manque la crépitation.

L'hygroma chronique, la périarthrite scapulo-humérale, succède souvent à un traumatisme plus ou moins récent, ou à un hygroma aigu; la crépitation, l'impotence plus ou moins absolue, l'évolution, les antécédents sont de précieux auxiliaires pour le différencier de l'hygroma tuberculeux.



Pronostic

Le pronostic de l'hygroma tuberculeux est toujours assez grave et doit être réservé, sinon pour le présent, parce qu'il ne compromet pas immédiatement la vie du patient, du moins pour l'avenir et cela que l'on considère cette affection au point de vue des conséquences futures tant locales que générales.

De prime abord le pronostic de l'hygroma paraît bénin ; mais si on examine ce qui se passe du côté de l'épaule et du bras on s'aperçoit qu'il doit être réservé. Plus le volume de l'hygroma augmente plus les fonctions du membre se trouvent compromises et il arrive un moment où l'individu atteint de cette affection est frappé d'impotence fonctionnelle absolue du bras, qui est immobilisé, accolé à la paroi thoracique.

Supposons en outre que l'hygroma vienne à être infecté par une cause quelconque, maladie infectieuse, piqûres, traumatismes de diverses natures et l'on est en présence d'un foyer suppuré voisin d'un organe important, l'articulation de l'épaule, donc

menace continuelle d'arthrite purulente dont nous n'avons pas ici à exposer tous les dangers.

Enfin au point de vue des conséquences par rapport à l'état général de l'individu, l'hygroma bacillaire est également assez sévère vu que le malade est porteur d'une tuberculose locale qui, un jour ou l'autre, peut se généraliser soit du côté des poumons, soit du côté des organes abdominaux ou même du cerveau.

Si maintenant on opère l'hygroma bacillaire, il faut encore être réservé sur les suites, sinon précoces, du moins tardives de l'opération. Il y a eu choc opératoire et en outre pour peu qu'il soit resté quelque petit débris de fongosités dans un diverticule on peut assister à l'évolution d'une lésion tuberculeuse soit osseuse du côté de l'humérus, soit articulaire dans l'articulation scapulo-humérale. On est alors en présence d'ostéite bacillaire de l'humérus ou d'arthrite de même nature de l'épaule, de la scapulalgie qui ont un caractère de gravité bien plus sérieux. Plusieurs années peuvent s'écouler avant l'apparition de ces manifestations bacillaires.

C'est ce qui se produisit pour un malade qu'avait opéré M. Tillaux d'un hygroma sous-deltôïdien, dont il n'avait pas soupçonné la nature bacillaire, et auquel il dut faire dix ans après une résection de l'épaule pour tuberculose humérale.

Donc, de toutes façons, pronostic sérieux et réservé même après opération et guérison opératoire.

Traitement

Doit-on avoir recours aux revulsifs ordinaires, teinture d'iode, vésicatoires volants, pointes de feu, etc... ? Peut-être tout-à-fait au début, lorsque les malades n'accusent qu'une douleur légère produite par les mouvements, obtiendrait-on en les associant au repos quelque résultat avec ces procédés. Or, on est habituellement consulté lorsque le gonflement du moignon de l'épaule est déjà fort accusé, c'est-à-dire que la maladie évolue depuis longtemps ; dans ces cas ces procédés de révulsion sont restés sans succès.

La ponction suivie d'injection d'un liquide caustique et irritant dans la poche kystique, teinture d'iode par moitié ; solution de chlorure de zinc au dixième, etc..., ont donné de bons résultats dans les mains de MM. Robert et Gosselin. Ce procédé n'est pas à l'abri de tout reproche, car outre qu'il expose à l'infection de la poche, moins maintenant grâce à l'antisepsie, il a encore l'inconvénient suivant :

On n'est pas certain d'avoir vidé totalement la poche de son contenu, liquide, grains riziformes

et le malade est toujours menacé de récidence possible.

Le traitement auquel actuellement on doit avoir recours est l'incision et l'excision totale de la poche ; dans les cas où des prolongements ne pourraient être excisés, il faudrait les gratter avec soin au moyen d'une curette.

Là ne doit pas se borner le traitement car, le plus tôt possible après l'opération, il faut mobiliser l'épaule et le bras pour éviter la pseudo-ankylose qui surviendrait rapidement après une immobilisation un peu prolongée. On pourra également employer le massage, les frictions, les douches sulfureuses et l'électricité.



Conclusions

L'hygroma sous-deltôïdien à grains riziformes est : Une affection assez rare qui se voit de préférence chez l'homme adulte ;

Son évolution est lente et insidieuse, se déclarant chez des personnes paraissant indemnes de tuberculose ;

D'un diagnostic parfois très difficile ;

Toujours de nature tuberculeuse et de ce fait comporte un pronostic réservé pour le présent et l'avenir.

Si l'on n'opère pas ces hygromas, les malades sont voués à une impotence absolue du bras et de plus portent continuellement un foyer bacillaire avec dangers de généralisation.

Le traitement doit être chirurgical : il faut inciser et exciser totalement la poche kystique bacillaire, et soumettre rapidement après la guérison opératoire le malade à une gymnastique appropriée (mouvements de l'épaule, massage, frictions, douches, élec-

tricité, etc...) pour éviter l'ankylose et l'atrophie du deltoïde.

Enfin ultérieurement on peut voir évoluer une lésion tuberculeuse dans un point voisin ou sous-jacent à l'hygroma bacillaire,

Le Président de la Thèse

Vu : le Doyen,

TILLAUX.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique. 7^e édition.

Testut. — Traité d'anatomie descriptive. T. I et II. 2^e édition.

Potrier et Prenaut. — Traité d'anatomie. T. I.

Kirmisson. — Traité de Chirurgie. S. Duplay et Reclus. T. VIII.

Le Jars. — Traité de Chirurgie. S. Duplay et Reclus. T. I.

Martin. — Hygromas tuberculeux particulièrement hygroma à type myomateux. Th. Paris, 1890.

Besnard. — Hygroma suppuré de la bourse séreuse sous deltoïdienne. Th. Bordeaux, 1887.

Wadon. — Hygroma sous-acromio-deltoïdien. Th. Montpellier, 1880.

Alph. Robert. — Conférences de Clinique chirurgicale. Hotel-Dieu, 1860.

Gosselin. — Cliniques chirurgicales de La Charité, 1869.

Sydney Jones. — The Lancet, London, 1869.

Gauthier E. — De la périarthrite scapulo-humérale. Th. Paris, 1875.

Delorme. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, mai 1894.

Nicaise, Poulet et Vaillard. — Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains riziformes. Cas rare d'hygroma à grains riziformes de la cuisse. Revue Chirurgie, 1885.